DE LA N° 336.

MÉNINGITE CÉRÉBRALE AIGUË;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 3 décembre 1833, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR THÉODORE TURQUET, de Lannion,

Département des Côtes-du-Nord;

Bachelier ès-lettres, ex-chirurgien entretenu de la marine au port de Brest.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, Examinateur.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, Suppléant.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS, Examinateur.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD, Président. / CHOMEL. / ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET, Examinateur. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert, Examinateur.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Brongniard.	Martin Solon, Suppléant.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau, Examinateur.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE

ET

DE MA MÈRE.

A MONSIEUR TASSEL PÈRE,

Avoué à Lannion.

T. TURQUET.

DE LA

MÉNINGITE CÉRÉBRALE AIGUË.

Quelques auteurs ont étudié séparément l'inflammation de chacune des membranes qui enveloppent le cerveau ; mais la plupart des écrivains modernes, tout en admettant que la pie-mère et la dure-mère peuvent être primitivement et isolément enflammées, ont reconnu que leur irritation se traduit par des symptômes parfaitement identiques avec ceux de la phlegmasie de l'arachnoïde, qu'elle entraîne presque toujours à sa suite, et dont il est, par conséquent, impossible de la distinguer ; aussi les ont-ils réunies sous une dénomination commune. C'est ainsi que *Pinel* a décrit l'inflammation des méninges sous le nom de phrénésie, et que d'autres auteurs, dans ces derniers temps, l'ont désignée sous celui de méningite. A l'exemple de MM. *Guersent* et *Rostan*, je comprendrai sous le nom de méningite cérébrale la phlegmasie de l'arachnoïde et de la pie-mère.

Destinées à protéger l'encéphale contre l'action des corps extérieurs, et à faciliter ses mouvemens par la sérosité qu'elles exhalent, les méninges ne paraissent avoir d'autres fonctions que de favoriser celles du viscère qu'elles recouvrent. Insensible dans l'état sain, l'arachnoïde acquiert, lorsqu'elle est enflammée, une sensibilité très-vive ; son

altération entraîne presque toujours à sa suite celle du cerveau, avec lequel elle se trouve unie par les connexions les plus intimes ; et, lors même que ce viscère n'est pas altéré dans son tissu d'une manière sensible, la gêne qu'il éprouve dans ses fonctions se manifeste toujours au-dehors par un trouble plus ou moins marqué dans l'exercice des actes sensitifs, intellectuels et locomoteurs. Cette circonstance rend très-difficile le diagnostic de l'encéphalite et de la méningite ; il est même impossible, dans certains cas, de distinguer ces maladies, soit parce qu'elles existent réunies, soit parce qu'elles s'annoncent par des signes identiques ; mais, dans quelques circonstances, elles offrent des caractères assez tranchés pour qu'une observation attentive puisse les faire reconnaître.

Symptômes et diagnostic. Les symptômes de la méningite aiguë ont été partagés en trois périodes : l'une d'invasion ou d'excitation, la seconde d'inflammation déclarée, la troisième de compression ou de collapsus. Ces périodes se confondent quelquefois ; mais le plus souvent chacune d'elles est caractérisée par un ordre de phénomènes particuliers, indiquant par leur réunion les progrès de la maladie.

L'inflammation des méninges peut être générale ou locale. Elle occupe ordinairement chez l'adulte la partie de ces membranes qui recouvre la convexité des hémisphères cérébraux, tandis que dans l'enfance elle attaque préférablement celle qui tapisse la base. Cette variété de siége entraîne dans les symptômes quelques différences que j'indiquerai, après avoir d'abord décrit les symptômes communs.

Première période. A la suite d'un frisson plus ou moins intense, se déclare une céphalalgie violente, d'une nature particulière, fixée le plus ordinairement au front, occupant quelquefois d'autres parties de la tête. Quoique continue, cette céphalalgie se fait sentir avec plus de force de temps à autre ; ces exacerbations sont annoncées chez les enfans par des cris plaintifs, qui reviennent par intervalles. Elle augmente aussi par les divers mouvemens que l'on imprime au

malade, et s'accompagne de somnolence ou d'un trouble plus ou moins marqué dans l'exercice des organes des sens, tels que tintemens d'oreilles, auditions de bruits extraordinaires, erreurs de vision, strabisme, vertiges, changemens dans le caractère, qui devient brusque et morose. Il existe souvent un désordre notable des facultés intellectuelles ; mais ce désordre va rarement jusqu'au délire, qui appartient plus spécialement à la seconde période. La face est généralement rouge et animée, quelquefois pâle et décolorée, présentant une expression d'étonnement et de souffrance. Les conjonctives sont injectées, les pupilles resserrées, les paupières contractées pour recouvrir les yeux, qui sont très-sensibles à l'impression de la lumière. Les muscles de la face et des extrémités supérieures sont quelquefois agités de légers mouvemens convulsifs ; la respiration est accélérée, le pouls fréquent et développé, la peau sèche et chaude. Dans quelques cas la chaleur est inégalement répartie à la surface du corps.

Les rapports sympathiques qui unissent l'appareil cérébral au tube digestif déterminent presque toujours, dès le début de la maladie, des vomissemens spontanés qui se répètent, surtout après l'injection des liquides. Ces vomissemens, purement sympathiques, ne sont point accompagnés de douleurs épigastriques ni de rougeur de la langue, à moins qu'il n'existe une complication de phlegmasie gastro-intestinale. La constipation est opiniâtre, et les urines troubles et sédimenteuses, surtout chez les enfans.

Deuxième période. C'est particulièrement dans la deuxième période de la méningite aiguë que se manifestent les symptômes caractéristiques de cette maladie ; ces symptômes consistent dans un désordre très-prononcé des actes soumis à l'influence du système nerveux, et indiquent une forte surexcitation du cerveau. La céphalalgie augmente d'intensité ; quelquefois pourtant elle se fait sentir avec moins de violence, parce que le cerveau exalté perçoit difficilement les sensations tant internes qu'externes. Le délire se déclare ; la forme de ce délire est variable : il est tantôt gai, tantôt triste, assez souvent fu-

rieux ; et, dans ce dernier cas, le malade est dans un état d'agitation extrême, crie, vocifère, menace, crache sur les assistans. Quelques malades paraissent plongés dans une espèce d'ivresse et balbutient entre leurs dents des paroles inarticulées ; ce désordre de l'intelligence est ordinairement continu, quelquefois rémittent ou intermittent, et on parvient à le faire cesser momentanément en excitant fortement le malade. Il est des cas où le délire n'existe pas ; les malades présentent seulement une diminution des facultés intellectuelles, une impossibilité presque complète de les mettre en jeu, et sont plongés dans un assoupissement continuel ; cet état s'accompagne fréquemment d'une diminution de la sensibilité générale ou de celle d'une partie quelconque du corps. La face présente un aspect de stupeur ; les pupilles sont dilatées ou contractées, ou dans un état alternatif de dilatation et de resserrement ; le globe de l'œil est enflammé, quelquefois affecté de strabisme, renversé en haut ou dans un état continuel de rotation ; les mâchoires exécutent des mouvemens d'élévation et d'abaissement comme dans la mastication, ou sont fortement serrées ; les lèvres sont tirées d'un côté, les dents grincent, la bouche écume ; la face et les membres sont agités de convulsions, rarement accompagnées de contractures du système musculaire. L'état du pouls varie dans cette période : il conserve quelquefois sa fréquence ou tombe au-dessous de l'état naturel ; en général, il est très-irrégulier, et cette irrégularité coïncide avec une respiration inégale et gênée. La peau est chaude et recouverte d'une abondante sueur ; cette sueur est quelquefois bornée au visage, où elle présente un certain degré de viscosité.

Troisième période. A l'état de réaction générale qui caractérise la seconde période de la méningite succède un état de collapsus, entraînant graduellement l'abolition des fonctions soumises à l'influence de l'encéphale. Un assoupissement profond succède au délire ; la céphalalgie cesse complètement ; les pupilles sont dilatées et immobiles ; les yeux et les autres organes des sens deviennent insensibles à l'im-

pression de leurs excitans naturels. Le coma dans lequel le malade est plongé n'est troublé que par les agitations convulsives de la face et des membres, et les contractions spasmodiques de certaines parties de l'appareil locomoteur. Ces contractions attaquent de préférence les muscles de la face, de la partie postérieure du cou, et ceux des membres; elles sont accompagnées d'une telle rigidité de ces organes, que l'on peut difficilement vaincre la résistance qu'ils opposent lorsqu'on veut les mettre dans le relâchement; peu à peu cette rigidité est remplacée par un état de résolution, de flaccidité et même de paralysie du système musculaire. Les membres et le corps obéissent à leur propre poids; le malade est couché sur le dos et dans un état d'inertie et de prostration complète. La face est décolorée; les yeux ternes et pulvérulens, convulsés en haut, à demi recouverts par les paupières supérieures; les traits affaissés; la langue sèche, noirâtre; les dents et les gencives recouvertes d'un enduit fuligineux. La déglutition est difficile. La perception du besoin d'uriner et de rendre les matières fécales étant suspendue, la constipation est opiniâtre, ou bien les évacuations alvines sont involontaires, de même que l'émission des urines, qui, s'écoulant par regorgement et stagnant dans le lit du malade, lui communiquent une odeur particulière que l'on a comparée à celle qu'exhale la souris. La peau est recouverte d'une sueur gluante; le pouls est petit, inégal; la respiration devient irrégulière et stertoreuse; enfin, les extrémités se refroidissent, et le malade succombe.

Tels sont les symptômes caractéristiques de la méningite aiguë considérée d'une manière générale; mais on a remarqué que chaque portion des méninges enflammées manifeste par quelques signes particuliers la lésion dont elle est le siége. MM. *Parent du Châtelet* et *Martinet*, qui, les premiers, ont signalé ces différences, considèrent le délire comme indiquant essentiellement la méningite de la convexité, c'est-à-dire l'inflammation de la portion des membranes qui recouvre les parties supérieures et latérales des hémisphères cérébraux, la base du lobe antérieur ou postérieur du cerveau, et les faces postérieure et supérieure du cervelet. Ce délire est plus ou moins pro-

noncé, suivant le degré d'exaltation et de réaction du malade; il diminue d'activité à mesure que le cerveau perd de son énergie, et cesse complètement dans la troisième période, où il est remplacé par le coma le plus profond.

Selon les mêmes observateurs, l'inflammation de la portion des méninges qui tapisse la base du cerveau, c'est-à-dire la partie centrale du lobe moyen, est caractérisée surtout par une tendance à l'assoupissement, la diminution ou l'abolition des facultés intellectuelles. Chez les enfans, qui sont presque uniquement disposés à cette forme de la méningite, l'état comateux coïncide avec l'état convulsif du globe de l'œil, le strabisme et la dilatation des pupilles.

L'inflammation de l'arachnoïde des ventricules s'étend presque toujours à celle de la base et produit les mêmes phénomènes. Enfin, les symptômes de la méningite générale se combinent de diverses manières, et se rapprochent de ceux de la méningite de la base ou de la convexité, suivant que l'inflammation est plus intense sur une partie que sur une autre.

L'encéphalite et la méningite consistant en une inflammation qui attaque le cerveau d'une manière médiate ou immédiate, toutes deux produisent un trouble plus ou moins profond dans les fonctions de ce viscère, et la similitude des phénomènes qui les caractérisent en rend difficile, et parfois même impossible, le diagnostic différentiel. Néanmoins, on remarque que dans l'encéphalite, la céphalalgie, la sensibilité des yeux, les mouvemens convulsifs et les autres symptômes d'excitation ont moins de durée et d'intensité; que le coma et la paralysie paraissent plus tôt, et que cette paralysie est presque constamment précédée de contractures douloureuses des extrémités.

Marche, durée et terminaisons. La marche de la méningite est plus ou moins rapide, suivant la violence de l'inflammation, l'âge, la constitution et l'irritabilité plus ou moins grande du sujet qui en est affecté. Les accidens qui la caractérisent offrent souvent des rémissions, des exacerbations qui n'ont rien de constant pour la durée, la fré-

quence et le degré auquel elles sont portées. Elle ne présente pas toujours les périodes successives d'accroissement et de déclin qui lui ont été assignées; quelquefois une de ces périodes manque; d'autres fois elles se confondent, et l'on peut observer sur certaines parties du corps des phénomènes d'excitation, tandis que d'autres parties sont dans la prostration.

La durée des périodes varie, la première, d'une heure à trois ou quatre jours; la seconde, de deux à quinze jours; la troisième, de quelques heures à quatre ou cinq jours. La durée totale de la maladie est ordinairement de sept à dix-huit jours; mais, dans quelques cas rares, on l'a vue se terminer avant le quatrième jour ou se prolonger au-delà du trentième.

La méningite peut se terminer : 1° Par résolution. Cette terminaison heureuse est annoncée par une diminution graduelle dans les symptômes et le retour à la santé; elle est quelquefois accompagnée de phénomènes critiques, tels que sueurs générales, hémorrhagies, urines troubles et sédimenteuses.

2° Par supputation. Cette terminaison, presque toujours mortelle, est plus commune lorsque la méningite a été déterminée par une plaie du crâne que lorsqu'elle est survenue spontanément. On en soupçonne l'existence, lorsqu'aux signes de l'affaissement des fonctions cérébrales succède la paralysie d'un côté du corps.

3° Par épanchement. Il succède ordinairement à la méningite de la base, et s'annonce par un coma plus ou moins profond, la dilatation des pupilles, le strabisme, la paralysie générale et graduelle du système locomoteur.

4° Par le passage à l'état chronique. Cet état, qui succède ordinairement à la méningite aiguë, mais qui peut apparaître dès le début de la maladie, est caractérisé par la céphalalgie continue, la somnolence, la diminution de l'intelligence et un délire prolongé qui finit par dégénérer en démence.

Prognostic. L'inflammation des méninges est une des maladies les

plus graves. Arrivée à la seconde période, et surtout à la troisième, elle est presque constamment mortelle. Les malades qui ne succombent pas sont exposés aux rechutes, et conservent souvent diverses altérations de l'entendement et de la locomotion, qui annoncent le passage de la maladie à l'état chronique.

Caractères anatomiques. Les altérations pathologiques que l'on remarque à la suite de la méningite varient suivant la durée de la maladie, son siége, sa marche. Dans les premiers jours de l'inflammation, les membranes sont rouges et injectées, et cette injection présente des caractères particuliers qui la distinguent de l'injection pléthorique sans phlegmasie. Dans les congestions cérébrales, on trouve les vaisseaux gorgés de sang, on peut en suivre les diverses ramifications, tandis que dans l'injection inflammatoire les tissus malades semblent teints ou imprégnés par le sang; dans quelques cas les membranes sont sèches et lisses, intimement appliquées sur les circonvolutions cérébrales, et y adhèrent quelquefois au point qu'on ne peut les enlever sans emporter une partie de la substance corticale. Plus tard l'arachnoïde perd de sa transparence; elle paraît plus épaisse, plus consistante, et se déchire avec moins de facilité.

Lorsque le malade succombe dans la seconde ou la troisième période de la méningite, on trouve entre la pie-mère et l'arachnoïde un liquide séreux ou séro-purulent plus ou moins abondant, qui présente l'aspect d'une gelée. On rencontre aussi dans les ventricules ou à la base du crâne un épanchement de sérosité limpide, trouble ou rougeâtre. La quantité de ce liquide varie ordinairement depuis une once jusqu'à cinq ou six, et au-delà. De véritable pus opaque, verdâtre, plus ou moins épais, se voit dans l'intervalle des circonvolutions, et quelquefois à la surface libre de l'arachnoïde. Ces exsudations purulentes correspondent le plus souvent au siége de l'inflammation, et occupent un espace plus ou moins étendu. Enfin l'on peut observer à la suite de la méningite aiguë des fausses membranes ou des adhérences ligamenteuses entre les deux feuillets de la mem-

brane séreuse, ou entre ces membranes et les couches sous-jacentes de l'encéphale. Les granulations transparentes ou opaques, blanches ou jaunâtres, que peut présenter la surface de l'arachnoïde, de même que les plaques nacrées, sont presque toujours le résultat d'une inflammation ancienne et chronique.

Étiologie. Les causes de la méningite peuvent être distinguées en deux espèces. Les unes agissent directement sur l'encéphale, les autres exercent sur ce viscère une action indirecte.

Parmi les premières, on doit compter les fractures, les altérations organiques du crâne, l'insolation, l'application sur la tête d'un moxa, d'un cautère actuel, ou de quelques substances âcres et corrosives; l'érysipèle de la face ou du cuir chevelu; les passions vives, les fortes contentions de l'esprit, les affections morales tristes, les veilles immodérées, l'abus des narcotiques, les épanchemens sanguins dans la pulpe cérébrale, la constitution dite apoplectique, l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, surtout lorsqu'elle a été produite par un obstacle existant à l'aorte après la naissance des carotides.

On peut mettre au rang des causes indirectes de la méningite les tempéramens sanguin et nerveux, les écarts de régime, l'abus des liqueurs alcoholiques, la suppression brusque de quelque hémorrhagie habituelle ou de la suppuration d'un ulcère ancien, la répercussion d'une affection cutanée.

L'inflammation d'une partie éloignée peut aussi se transmettre sympathiquement aux membranes du cerveau : c'est ainsi que l'on voit la méningite se développer sous l'influence d'une gastrite, d'une pneumonie ou d'une plaie, surtout d'une plaie qui intéresserait des nerfs, des articulations, et qui serait compliquée de déchirement, de fracture ou de la présence d'un corps étranger.

Cette maladie affecte tous les âges, et le sexe ne paraît pas avoir d'influence sur sa production spontanée. D'après MM. *Parent* et *Martinet*, elle serait plus fréquente depuis quinze ans jusqu'à soixante. D'après M. *Guersent*, elle s'observe plus souvent dans l'enfance. Les

premiers pensent que les hommes en sont plus fréquemment atteints que les femmes; M. *Guersent* dit avoir observé que les filles y sont plus sujettes que les garçons, et que parmi ceux-ci elle attaque plus particulièrement ceux qui ont une constitution grêle, délicate et nerveuse.

Thérapeutique. La nature et la gravité des symptômes de la méningite indiquent l'emploi d'un traitement antiphlogistique très-énergique; mais, pour être efficace, ce traitement doit être employé dès le début, avant que l'inflammation ne se soit terminée par suppuration; car en temporisant, le médecin pourrait se voir réduit à rester spectateur impuissant des ravages d'une maladie presque nécessairement mortelle, sans pouvoir en arrêter les progrès ou en enrayer quelques symptômes.

Parmi tous les moyens que l'art emploie pour combattre cette affection, la saignée occupe incontestablement le premier rang; elle est surtout utile au moment de l'invasion, chez les sujets vigoureux et pléthoriques, et ses effets sont d'autant plus marqués qu'elle est faite par une plus large ouverture, qui soustrait une grande quantité de sang dans un court espace de temps, et amène un état voisin de la syncope. On devra donc, aussitôt que l'invasion des phénomènes précurseurs aura fait soupçonner l'existence d'une irritation des méninges, pratiquer une large saignée générale, et revenir à l'emploi de ce moyen tant que ces symptômes persisteront. Le nombre des émissions sanguines, et la quantité de sang que l'on retire à chaque opération, doivent être proportionnés à l'âge, à la constitution du sujet et à l'intensité de la phlegmasie. La section de l'artère temporale et de la veine jugulaire, employée par les anciens dans les congestions cérébrales, est aujourd'hui généralement abandonnée, et on lui préfère la saignée du bras ou du pied. Cette dernière surtout, dont l'efficacité est admise par la plupart des praticiens, produit un effet dérivatif plus prompt, encore augmenté par l'action des pédiluves chauds.

Après les saignées générales, viennent celles que l'on pratique au moyen des sangsues et des ventouses scarifiées dans le voisinage de la partie enflammée. Les sangsues conviennent surtout pour les enfans, les sujets faibles, ceux qui ont déjà été saignés, et auxquels on ne pourrait, sans inconvénient, tirer une trop grande quantité de sang. Le nombre qu'il faut appliquer varie beaucoup selon l'âge et la force du malade. Dans la plupart des cas, une seule application ne suffit pas, et l'on doit les renouveler autant de fois que les accidens persistent. Pour opérer cette saignée capillaire, on choisit ordinairement les tempes, la nuque, le derrière des oreilles ou le sommet de la tête. Si la maladie avait été produite par la suppression d'une hémorrhagie habituelle, on devrait tâcher de rappeler cette hémorrhagie, en appliquant les sangsues sur les parties qui en avaient été le siége, ou sur celles qui les avoisinent.

Après l'emploi des émissions sanguines, on a recours aux pédiluves, aux manuluves chauds ou rendus excitans par l'addition de l'acide hydrochlorique, aux cataplasmes légèrement sinapisés; toutefois, dans l'emploi de ces moyens, il faut avoir égard à l'irritabilité plus ou moins grande du malade, et dans tous les cas il faut éviter d'exciter une trop vive douleur, qui pourrait réagir sur l'état général et augmenter l'afflux du sang vers le cerveau.

L'action du froid sur la tête procure aussi des effets avantageux dans cette maladie. On pourra se servir d'abord de compresses imbibées d'eau froide, que l'on renouvellera souvent, et l'on en viendra ensuite à l'application d'une vessie à moitié remplie de glace, que l'on maintiendra constamment sur la tête, jusqu'à ce que les symptômes d'irritation aient diminué, et que l'on n'ait plus à craindre les effets de la réaction.

Lorsque ces moyens sont insuffisans, le médecin trouve encore une ressource énergique dans l'emploi des affusions froides; mais on doit user de ces affusions avec beaucoup de prudence, car elles peuvent devenir nuisibles par la réaction trop vive, l'inflammation des organes thoraciques qu'elles déterminent, et l'affaissement subit dans

lequel elles plongent les malades, dont les forces sont affaiblies. Pour qu'elles procurent un résultat avantageux, il faut que la chaleur du corps soit très-élevée, et que le pouls présente une certaine résistance. Pendant la durée de l'affusion, qui doit être de deux à cinq minutes, le malade sera plongé dans un bain tiède, et la température de l'eau qu'on lui versera sur la tête sera réglée d'après son degré de force et son idiosyncrasie. Cette opération terminée, on le portera dans son lit, en évitant de lui imprimer de violentes secousses.

Pendant toute la durée de l'état aigu, le malade doit être soumis à une diète sévère, à l'usage des boissons aqueuses et rafraîchissantes, des lavemens émolliens. On lui donnera dans son lit une position telle que la tête se trouve élevée ; la température de la chambre devra être maintenue à un degré modéré ; on éloignera de lui tous les excitans physiques, tels que le bruit et la lumière, et on lui évitera toutes les impressions morales qui pourraient augmenter l'irritabilité nerveuse.

Tous les moyens que je viens d'indiquer conviennent surtout au début de la maladie ; plus tard, lorsqu'on a désempli les vaisseaux, on doit avoir recours aux révulsifs à la peau, tels que sinapismes et vésicatoires aux extrémités. C'est aussi dans cette période de la maladie que plusieurs auteurs, dans le but de prévenir l'épanchement séreux, ont conseillé l'application d'un large vésicatoire sur le cuir chevelu. Les dérivatifs sur le canal intestinal sont indiqués lorsque les voies digestives sont saines, et dans ce cas, on peut administrer un purgatif, tel que le calomélas ou l'émétique en lavage. Quelques observations publiées par *Delpech* tendraient à établir les bons effets de l'émétique donné à hautes doses. Les frictions mercurielles pratiquées sur le cou et la tête ont également été vantées dans le traitement de la méningite, mais leur efficacité est douteuse.

Enfin, lorsque l'inflammation des méninges a atteint sa dernière période, et que les malades sont plongés dans un coma profond, l'art est tout à fait impuissant contre un état aussi grave, et la thérapeutique se borne à l'emploi des moyens palliatifs. Les bains tièdes et les frictions éthérées ou camphrées peuvent être mis en usage pour

modérer les mouvemens convulsifs; mais les antispasmodiques administrés à l'intérieur produisent une excitation trop forte, et sont toujours plus nuisibles qu'utiles. L'application du vésicatoire sur la tête pourrait offrir une dernière ressource, et donner quelque espoir de succès, s'il est possible d'en conserver encore dans une situation aussi désespérée.

Lorsque le médecin a été assez heureux pour obtenir la guérison d'une méningite, il devra surveiller avec un soin extrême le malade pendant la convalescence; car elle n'est jamais sans danger, et les rechutes sont faciles. Les soins qu'elle exige consistent dans l'observation exacte des lois de l'hygiène, et l'éloignement de toutes les causes physiques ou morales qui peuvent accroître l'irritabilité des méninges.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad summos morbos, summæ curationes diligentissimè adhibitæ optimè valent. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

III.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

IV.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

V.

A plagâ in caput, stupor aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 15.

VI.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.